

CT 検査確認書（同意書）

当日持参

CT 検査はエックス線を用いて人体の目的部位の断面像を撮影して診断を行う検査です。
検査時間は 10～20 分です。

注意 !! をお願いします。該当ありの場合は事前にご連絡ください。

- | | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを装着している | →当日メーカー名、製品名がわかるものをお持ちください。 | <input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある |
| <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動機を装着している | | |

<検査前の注意>

- ・撮影する範囲に金属がなければ、私服のまま検査が可能です。
更衣が必要な場合、検査着に着替えていただきます。
- ・絶食の指示がある方は必ず指示に従ってください。検査が予定の時間に出来ない可能性があります。

<造影検査の方へ>

注意 !! 該当ありの場合、造影剤を使用できない可能性があります。事前にご連絡ください。

- | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息と言われたことがある方 | <input type="checkbox"/> 今までに造影剤による副作用を起こした事がある方 |
| <input type="checkbox"/> 重度のアレルギーがある方 | <input type="checkbox"/> 腎臓の機能低下がある方 (eGFR:30 未満は造影不可) |

腎機能の確認の為、3ヶ月以内の血液検査の結果が必要です。クレアチニンの数値がわかるデータをお持ちください。
有効なデータがなければ、当日指先から採血をして、専用の機械で測定します。

<糖尿病で内服治療中の方>

一部の糖尿病治療薬（ビグアナイド系）と CT のヨード造影剤を併用した場合、重篤な副作用を発症する恐れがあります。その為検査 2 日前～検査 2 日後、計 5 日間の休薬をしてください。事前に内服薬の確認をしています。
休薬が守られていない場合、検査中止とさせていただきます。

<甲状腺機能亢進症（バセドウ病）がある方>

CT のヨード造影剤を併用した場合に甲状腺機能亢進症の症状が悪化する恐れがあります。
通院中もしくはコントロール不良の方は、甲状腺の主治医に検査の可否を確認してください。

私は上記、CT 検査の特性について理解し、安全に CT を受けられることを自身で確認した上で、
CT 検査を受けることに同意いたします。

氏 名
年 月 日 (代筆の場合、代筆者氏名)
未成年の場合
親権者または後見人の署名

医療法人 名古屋放射線診断財団 東名古屋画像診断クリニック 院長殿

CT検査 患者様情報・確認用紙

氏名 _____ 様 (生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

予約時間 _____ 時 _____ 分 **※予約時間の30分前にお越しください。**

検査種別 ①単純撮影(腹部以外) ②単純撮影(腹部) ③造影検査

②、③ ⇒ 絶食開始時間 _____ 時 _____ 分 **※絶食時間以降はお水以外の飲食は禁止です。**

・本用紙は保険証、紹介状、検査費用、お薬手帳とともに検査日に必ずご持参ください。

【検査費用(3割負担) 単純撮影: 6,500円前後 造影検査: 12,000円前後】

・検査当日は糖尿病のお薬以外は普段通り服用していただけます。
持続血糖測定器を装着されている場合は、検査の直前に外していただきます。

【造影検査の方】

・糖尿病のビグアナイド剤を服用中の場合、検査の前後2日間の休薬が必要です。**休薬されていない場合は検査ができません。検査3日前までにお電話またはFAXで必ずご連絡ください。**

〈ビグアナイド系糖尿病薬の一例〉

メトグルコ・メトホルミン・グリコラン・イニシンク・メタクト・エクメット・メトアナジベトス・ブホルミン 等

※内服している糖尿病のお薬の名前を記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

東名古屋画像診断クリニックまでの交通マップ

■地下鉄をご利用される場合 「自由ヶ丘」2番出口→徒歩7分

- 名古屋・栄から **所要時間** 名古屋→約30分
東山線「藤ヶ丘」行き乗車、「本山」乗り換え、名城線「左回りに乗車、「自由ヶ丘」下車
- 大曽根・栄から **所要時間** 大曽根から約20分
名城線「右回りに乗車、「自由ヶ丘」下車
- 金山から **所要時間** 金山から約35分
名城線に乗車、「自由ヶ丘」下車

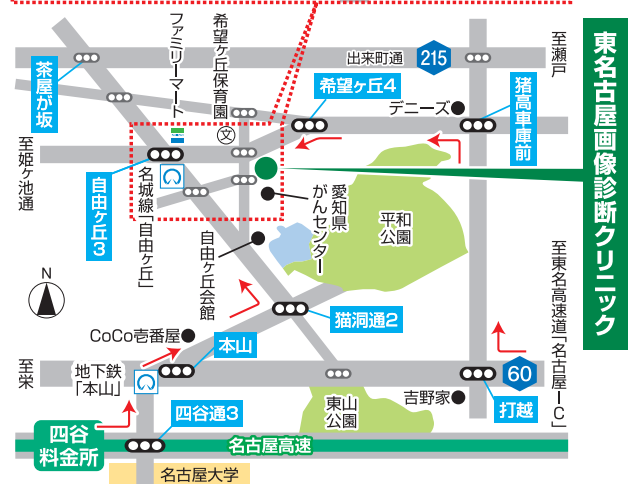
■市バスをご利用される場合 「千種台中学校」から徒歩4分

- 名古屋駅から **所要時間** 名古屋駅から約40分
基幹2系統「光ヶ丘」または「猪高車庫前」行き乗車、「千種台中学校」下車
- 星ヶ丘から **所要時間** 星ヶ丘から約20分
星丘11系統「地下鉄自由ヶ丘」行き乗車、「千種台中学校」下車

■お車をご利用される場合

- 本山交差点から北へ5分、平和公園の北西
- 東名高速道「名古屋IC」から西へ約15分
名古屋ICより、名古屋長久手線(60号線)を西(星ヶ丘方面)へ2,600m進み「打越」交差点を右折→1,600m先の「猪高車庫前」交差点を左折→1,000m先の「希望ヶ丘4」交差点を左折→300m先の左側
- 名古屋高速道「四谷出口」から北へ約10分
四谷出口より800m先の「四谷通3」交差点を左折→北へ1,500m進み「猫洞通2」交差点を左折→1,300m先の「自由ヶ丘3」交差点を右折→400m先の右側

- ・駐車台数には限りがありますので、なるべく交通機関をご利用ください。
- ・愛知県がんセンターの駐車場は基本的にご利用いただけません。当院駐車場をご利用ください。なお検査当日、当院駐車場が満車の際は、お手数ではございますが、受付までお申し出ください。
- ・当院専用の駐車場を含め、駐車場内での事故・盗難等には一切責任を負いかねます。また、当院職員によるお車の移動もいたしかねます。あわせてご了承ください。



東名古屋画像診断クリニック TEL:052-764-1714 FAX: 052-764-1725

左のQRコードを読み取るだけでURLが表示され「CT検査のご案内」をご覧いただけます。